N° 5
3

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'AMPUTATION DU COL DE L'UTÉRUS

EXPOSÉ D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE SUTURE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Novembre 1901

PAR

Marcel DUPONNOIS

Né à Saint Julien-en-Yarez (Loire)

POUR OBTENIR LE TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DELORD-BOEHM ET MARTIAL

ÉDITEURS DU NOUVEAU MONTPELLIER MÉDICAL

1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) ..... Doyen
FORGUE ..... Assesseur

PROFESSEURS :

Hygiène	MM. BERTIN-SANS (✻).
Clinique médicale	GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie	GRYNFELTT
— Chargé du Cours, M. VALLOIS.	
Thérapeutique et Matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et Appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND agrégé

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE.	MM. VALLOIS.	MM. L. IMBERT.
RAUZIER.	MOURET.	H. BERTIN-SANS
MOITESSIER.	GALAVIELLE	VEDEL.
DE ROUVILLE.	RAYMOND.	JEANBRAU.
PUECH.	VIRES.	POUJOL.

MM. H. GOT, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FORGUE, *président.*	MM. IMBERT L.
ESTOR.	JEANBRAU.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

M. Duponnois.

A MES PARENTS

A MES AMIS

M. Duponnois.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

M. Duponnois.

A TOUS MES PROFESSEURS

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MES MAITRES

DES HOPITAUX DE NICE

M. DUPONNOIS.

AVANT-PROPOS

Pendant les deux années qu'a duré notre internat à l'hôpital de Nice, nous avons eu l'occasion de constater combien sont nombreuses, chez la femme, les affections utérines, particulièrement celles qui intéressent le col de l'utérus, et il nous a été donné d'apprécier le bénéfice immense que les malades peuvent retirer du traitement chirurgical.

A la vérité, ce traitement n'est pas nouveau et les opérations sont déjà nombreuses qui se proposent de faire disparaître les lésions du col utérin ; mais nous avons pu reconnaître les résultats excellents obtenus par un nouveau procédé d'amputation du col dont l'honneur revient à M. le docteur Lautard, chirurgien des hôpitaux de Nice, et il nous a paru intéressant de divulguer ce procédé et de le soumettre à l'appréciation de nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Montpellier.

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à adresser ici un hommage public de reconnaissance à tous nos professeurs de la Faculté et. en particulier, à M. le docteur Granel, qui, à plusieurs reprises, nous a donné des preuves de sa bienveillance à notre égard.

Nous remercions tout particulièrement M. le docteur Forgue, professeur de clinique chirurgicale, pour le grand honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

La plus grande part de notre reconnaissance revient aux médecins et chirurgiens des hospices civils de Nice; pendant tout

le temps qu'a duré notre internat, ils n'ont cessé de nous donner des preuves de leur bienveillance et de nous aider de leurs conseils.

Nous remercions tout particulièrement les docteurs Figuiera, Grinda et Barralis, chirurgiens des hôpitaux, qui furent pendant longtemps nos chefs de service, et dont la direction éclairée nous fut d'un grand secours.

Qu'il nous soit permis de remercier aussi les docteurs Balestre, Moriez, Bourdon et Lautard pour les marques d'intérêt qu'ils nous ont prodiguées.

M. E. Dalmas, vice-président de la Commission administrative, chevalier de la Légion d'honneur, n'a cessé de nous donner des marques de sa bienveillance et de son exquise affabilité ; qu'il veuille bien accepter ici l'hommage de notre reconnaissance.

Je n'oublierai pas mes excellents amis les docteurs Gruzu, Girard, Malausséna et Gayraud, et mes collègues de l'hôpital de Nice, Delfino, Fighiera et Ferrier, avec qui nous avons toujonrs vécu dans une intimité parfaite; à tous j'adresse un cordial souvenir.

Nous diviserons notre travail de la manière suivante :

Dans un premier chapitre, nous indiquerons ce que l'on entend par endométrite cervicale.

Dans un deuxième, nous exposerons rapidement les principaux traitements de cette affection, insistant particulièrement sur le traitement qui fait l'objet de notre thèse. Nous décrirons d'une manière spéciale l'amputation du col et le procédé de suture inventé par le docteur Lautard, et nous ferons ressortir les avantages de cette méthode.

Dans un troisième chapitre, nous rapporterons quelques observations de malades opérées d'après ce procédé.

Enfin, dans un quatrième chapitre, nous terminerons par quelques réflexions sur ces observations qui nous permettront de tirer nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER.

Considérations générales sur l'Endométrite cervicale.

ETIOLOGIE. — PATHOGÉNIE.

La plus fréquente des affections dont le gynécologue a à s'occuper est l'inflammation de la muqueuse utérine et particulièrement de la muqueuse du col utérin, nous avons nommé l'endométrite cervicale.

Combien nombreuses, en effet, sont les femmes qui, au cours de leur vie génitale, présentent des ulcérations, des érosions, de l'hypertrophie, des déchirures du col utérin, tout autant de signes d'un col enflammé ou de causes le prédisposant à s'enflammer.

Il est d'ailleurs un fait qui est depuis longtemps démontré, c'est que le canal cervical n'est pas une région aseptique : et l'on peut y rencontrer à l'état normal des microorganismes de toutes sortes.

Cependant la disposition spéciale du canal cervical et sa structure anatomique sont faites pour s'opposer à la pullulation de ces migroorganismes et à leur pénétration dans le corps de l'utérus. Winter et Bumm ont observé et démontré que l'orifice interne du col utérin est capable de les arrêter.

Au-dessous de cet orifice interne se trouvent les plis de la muqueuse qui simulent les arborisations et appelés pour cette raison arbre de vie. Ces plis forment autant de barrières difficiles à franchir par les agents infectieux.

De plus, le col utérin est abondamment pourvu de glandes, dont la sécrétion est plus abondante que celle des glandes du corps utérin, et le rôle bactéricide de cette sécrétion est depuis longtemps démontré.

Le col utérin est donc organisé pour résister par lui-même aux agents de l'infection. Mais malgré ces moyens de défense le canal cervical est souvent en état de défaillance.

Il est en effet exposé à beaucoup d'infections.

Les lèvres du col faisant saillie dans le vagin sont soumises à diverses sortes de traumatismes et peuvent participer à toutes sortes d'infections. Celles-ci se font ordinairement au niveau de de l'orifice externe, au point où s'établit une transition entre la muqueuse de revêtement, à épithélium pavimenteux, de la portion vaginale du col et la muqueuse à épithélium cylindrique, sécrétante et glandulaire du col.

La grossesse est certainement la cause qui prédispose le plus le col utérin aux infections. Que l'accouchement ait lieu avant terme ou à terme, qu'il soit plus ou moins long ou précipité, les lèvres du col, modifiées dans leur structure par les phénomènes de la grossesse ou incomplètement dilatées, sont déchirées plus ou moins profondément et en un ou plusieurs endroits. Ces plaies sont des plaies contuses et l'on sait que leur cicatrisation ne peut pas se faire par première intention, et de plus elles sont exposées à s'infecter facilement, en raison de leurs anfractuosités et de l'altération de leurs tissus.

De là une série d'inoculations incessantes et de poussées inflammatoires multiples, restant généralement localisées, mais pouvant gagner un jour l'endomètre du corps utérin, le tissu musculaire et pouvant s'étendre aux annexes, aux trompes, aux ovaires, aux ligaments larges, au bassin lui-même par l'une ou l'autre des voies vasculaires lymphatiques ou sanguines.

Cette marche ascendante de l'inflammation est d'ordinaire lente et chronique.

Longtemps elle peut passer inaperçue aux yeux de la malade : et lorsqu'au bout d'un certain temps elle devient évidente elle est souvent considérée comme une affection légère, quoique désagréable et traitée par le mépris.

Ce n'est qu'après des poussées de plus en plus fortes de pertes, de leucorrhées épaisses, de dysménorrhées aiguës, de douleurs et de troubles nerveux intolérables, que les malades se décident enfin à faire connaître leur maladie. Mais le plus souvent, elles abandonnent vite un traitement purement médical, qui ne leur a donné qu'un soulagement passager, et elles refusent de se soumettre à un traitement chirurgical dont elles ignorent les bons résultats.

Or, on peut voir dans ce qui suit combien de consolations et de soulagements résident dans le traitement chirurgical de l'endométrite cervicale invétérée et rebelle ; combien il est supérieur aux divers traitements anodins qui ne font souvent qu'aggraver la maladie, quand ils sont employés à contre-temps. La chirurgie a pu faire disparaître des souffrances intolérables, ou tout au moins les rendre supportables, et les cas sont très rares dans lesquels la maladie n'a pas trouvé dans cette thérapeutique l'arrêt ou la marche rétrograde de son affection. Mais il est une question dont il faut se rendre compte, parce qu'elle a une certaine importance. Quelques malades ont bénéficié du traitement chirurgical pendant un temps plus ou moins long ; mais ensuite elles ont recommencé à perdre et à souffrir. Faut-il accuser l'opération de Schrœder d'être la cause de ces récidives ? Non, c'est plutôt les malades qu'il faut incriminer.

En effet, elles négligent le plus souvent les soins hygiéniques les plus indispensables à une femme : beaucoup sont obligées de mener une vie de surmenage et de fatigues excessives qui ont pour effet de congestionner les organes du bassin et d'y réveiller des douleurs ; de plus, il ne faut pas oublier les divers traumatismes et les causes multiples d'infections qui ont pu

survenir depuis le traitement chirurgical, car cette intervention ne prétend pas conférer l'immunité.

L'endométrite cervicale est donc une affection très fréquente et son origine est microbienne ; elle est favorisée et rendue plus grave par les déchirures du col utérin, qui servent de porte d'entrée à l'infection et qui entretiennent l'inflammation en laissant à découvert la muqueuse du canal cervical.

Elle est plus fréquente que l'endométrite du corps, à laquelle elle peut d'ailleurs aboutir. Cette maladie est le plus souvent négligée, et ce manque de soins rend nécessaire une intervention chirurgicale qui triomphe là où les remèdes anodins étaient restés sans effet. Mais souvent le traitement chirurgical est mal secondé par les malades, qui ne prennent pas les précautions nécessaires et, se croyant complètement préservées par l'opération, s'exposent à de nouvelles causes d'infection.

HISTOLOGIE. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude des lésions anatomiques et histologiques de l'endométrite cervicale porte sur la sécrétion et sur les tissus.

La sécrétion, plus abondante qu'à l'état normal, peut perdre sa transparence, devenir louche et quelquefois purulente. Elle paraît au microscope formée d'une grande quantité d'exsudat muqueux, au milieu duquel nagent quelques cellules cylindriques plus ou moins déformées, présentant un protoplasma clair et un noyau se colorant faiblement. On peut y voir des microbes divers, groupés ou isolés, mobiles ou immobiles, se disputant les débris des cellules. A côté des cellules épithéliales cylindriques, peuvent se trouver des cellules pavimenteuses provenant de la portion vaginale du col, ainsi que des leucocytes morts. Ceux-ci sont d'autant plus abondants que la sécrétion se rapproche davantage de la purulence. Généralement, ils

sont très nombreux quand on se trouve en présence du gonocoque de Neisser. Lorsque l'écoulement est sanguinolent, on y trouve des globules rouges.

Les lésions de la muqueuse sont le point de départ des autres altérations histologiques, or ces lésions sont très diverses : déchirures, ectropion, hypertrophie, congestion, granulations, érosions, ulcérations, kystes ou œufs de Naboth, etc.

S'il y a une déchirure du col, et c'est le cas le plus fréquent, l'altération histologique commence en ce point. La muqueuse du canal cervical est en effet mise à découvert par le renversement des lèvres, qui peut devenir considérable si la déchirure est profonde. Cette exposition de la muqueuse aux causes d'irritation vaginale, sécrétions, frottements, contact de l'air, est, à n'en pas douter, une condition très efficace pour l'entretien du processus morbide qui constitue les ulcérations. L'altération papilliforme et kystique peut alors être poussée si loin et être si largement étalée sur les lèvres retroussées qu'elle donne l'apparence d'un fongus de mauvaise nature.

En même temps, il se produit dans les cols déchirés des altérations histologiques importantes. En premier lieu, le travail de cicatrisation lui-même, par la rétraction du tissu inodulaire, peut, dans les cas de grande lacération, avoir des conséquences fâcheuses : il comprime les glandes, amène leur dégénérescence kystique et l'hypertrophie du tissu. Le tissu dense de la cicatrice serait pour Emmet l'origine des accidents nerveux les plus variés. C'est surtout, d'après ce gynécologiste, la pression exercée dans l'angle supérieur de la déchirure par ce qu'il appelle la *cheville cicatricielle* qui est la « racine du mal » ; il y voit une cause fréquente de névroses, même dans les cas où la déformation du col est très peu accusée.

Une autre lésion précoce du col déchiré est le renversement des lèvres du col dont la principale cause réside dans les tractions exercées par l'insertion du vagin sur le col divisé : elle

pousse à l'extrême l'ectropion de la muqueuse, qui est d'autant plus marqué que celle-ci est devenue plus malade.

Enfin une troisième conséquence de la déchirure serait l'arrêt de l'involution post-puerpérale, d'où la congestion passive, le catarrhe, etc.

Nous avons vu que par suite des déchirures l'épithélium peut manquer en certains endroits et laisser à nu les surfaces granuleuses et bourgeonnantes du chorion dénudé, on est alors en présence d'ulcérations.

En d'autres endroits se trouvent les saillies papillaires hypertrophiées, séparées par des dépressions glandulaires tapissées d'un épithélium cylindrique en état de prolifération excessive. Les cellules sont très allongées, pressées les unes contre les autres, et elles ne tardent pas être poussées dans le canal glandulaire par d'autres cellules plus jeunes. Ainsi détachées, elles tombent dans le canal cervical, plus ou moins déformées, nageant dans le mucus qu'elles viennent de produire et achevant d'être dévorées par les microorganismes qui dans la glande avaientprovoqué leur rapide prolifération. Lorsque cette sécrétion est étendue à une grande surface de la muqueuse cervicale, l'endométrite mérite bien d'être qualifiée du nom de glandulaire ou de catarrhale en raison de la lésion prédominante et de l'abondance de l'écoulement.

Après avoir assisté aux lésions épithéliales et glandulaires, il faut observer celles du chorion.

On ne reconnaît plus sa structure normale. Les cellules fusiformes du tissu conjonctif disparaissent ou se font plus rares ; à leur place apparaissent des cellules rondes, des leucocytes qui proviennent soit des leucocytes extravasés des vaisseaux, soit, par prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif. On voit combien elles se tassent et se pressent les unes contre les autres autour des vaisseaux sanguins, dans les papilles, sous l'épithélium glandulaire qu'elles traversent parfois, à la surface

du derme comme dans sa profondeur. Les capillaires sanguins sont nombreux, dilatés, pleins de globules rouges, revêtus d'un endothélium tuméfié au lieu d'être aplati. Une infiltration générale de leucocyte partant des petits vaisseaux gagne toute l'épaisseur du derme qu'elle hypertrophie, et elle s'insinue dans les couches les plus profondes à travers les faisceaux des fibres musculaires lisses. Elle a pour résultat de maintenir le col utérin béant, gorgé de sang, augmenté de volume, de faire changer sa forme normale, de le rendre plus mou, plus rouge, de substituer à une muqueuse résistante à l'état normal une muqueuse plus épaisse, il est vrai, mais ramollie, d'une excessive friabilité, se laissant ulcérer par le moindre froissement, exposée à de nouvelles inoculations, capable quelquefois d'une prolifération si abondante et d'une vascularisation telle qu'elle peut donner le change pour un carcinome végétant.

Sous cette influence, les plis de l'arbre de vie peuvent devenir si prononcés qu'ils peuvent mettre un obstacle à l'écoulement de la sécrétion leucorrhéique ainsi qu'à celui du sang menstruel; de là la stase ou même le reflux de l'un ou l'autre de ces liquides dans la cavité utérine et des chances pour une infection ascendante, de là aussi des douleurs sous forme de coliques utérines et la dysménorrhée.

Pendant que l'infiltration leucocytique se propage vers d'autres points de la muqueuse, des modifications se produisent à l'endroit où elle a débuté. Les cellules rondes tendent à disparaître, à mesure que l'inflammation vieillit ; elles sont remplacées par des lames de tissu conjonctif qui entourent les vaisseaux et, de là, englobent toute l'épaisseur du chorion. Aussi son envahissement ne tarde-t-il pas à retentir sur le système glandulaire.

Déjà déformées et agrandies au début de l'inflammation, les glandes sont ensuite cernées de bandes de tissu conjonctif inodulaire qui les étreint et cherche à les étouffer. Gênées dans leur excrétion, celles-ci deviennent sinueuses, contournées, d'un

calibre inégal, dilatées en divers endroits, rétrécies en d'autres, se fermant en certains points, perdant leur direction verticale pour devenir obliques ou horizontales. Elles peuvent subir des dilatations ampullaires considérables et augmenter d'une façon notable l'épaisseur de la muqueuse. Si leur orifice excréteur se ferme complètement, elles peuvent apparaitre à la surface de la muqueuse sous forme de tumeurs arrondies, présentant au doigt une certaine élasticité et acquérant un volume plus ou moins considérable. Ces formations enkystées ont donné à Naboth l'illusion d'un œuf, et c'est depuis qu'on les appelle œufs de Naboth. Leur contenu, épais et visqueux, est de même nature que la sécrétion cervicale. Ainsi la sclérose aboutit à la déformation du système glandulaire, et elle entrave l'excrétion ; il s'ensuit une stase des produits sécrétés qui favorise encore la pullulation microbienne.

Les fibres musculaires du col se ressentent elles-mêmes de la sclérose qui les divise, qui les isole et qui les étouffe de ses bandes de tissu conjonctif ; aussi tombent-elles dans la dégénérescence graisseuse pour disparaître.

Un col utérin est quelquefois dans cet état de lésions pathologiques quand une nouvelle grossesse survient. Si celle-ci arrive à un terme assez avancé, le col enflammé et scléreux peut opposer une grande résistance à la dilatation, ne pas se dilater, ou ne céder qu'à des contractions violentes et se laisser déchirer plus profondément que jamais.

Aussi ne faut-il pas s'étonner de la marche précipitée que peuvent donner à l'endométrite cervicale une nouvelle fausse couche ou un nouvel accouchement. Ainsi cette étude d'histologie et d'anatomie pathologique ne doit pas seulement contribuer à établir les signes physiques de l'endométrite cervicale, mais encore à instituer son traitement rationnel et même son traitement prophylactique.

L'endométrite du col, en effet, serait plus rare, si l'on pouvait

prévenir ces déchirures, favoriser leur réunion par première intention quand elles existent, ou du moins s'opposer à leur inoculation primitive ou tardive. Au début, même quand elles sont superficielles, elles favorisent la congestion utérine et retardent ou arrêtent son involution après l'accouchement. Aussi ne faut-il pas s'étonner de voir dans ces cas un utérus rester gros et donner des hémorragies plus ou moins prolongées.

Plus tard, le tissu cicatriciel peut être très douloureux. De plus, si les déchirures sont profondes, si elles sont multiples et bilatérales, ce qui est le cas le plus fréquent, l'inflammation est capable de se propager d'un côté vers l'endomètre cervical, de l'autre vers le tissu cellulaire sous-péritonéal des culs-de-sac, et on a, à la fois, une endométrite et une périmétrite. Cet état inflammatoire favorise la tendance de l'utérus à la rétroversion : le col hypertrophié tend à se redresser et à se diriger vers la symphyse pubienne : le corps fait bascule d'avant en arrière sous l'influence de ce redressement ; d'un autre côté, cet état congestif augmente le poids de l'organe et l'utérus ne tend pas seulement à s'appuyer sur le sacrum, mais encore à descendre dans le petit bassin. Cette chute est encore favorisée par d'autres lésions souvent concomitantes de la déchirure du col, par la destruction partielle ou totale du périnée.

Le périnée est, en effet, souvent divisé dans les accouchements ; et comme le col, une fois divisé, il ne peut plus se réunir par première intention, si la chirurgie ne lui vient en aide. Ces organes, en effet, ont toujours tendance à rester béants ; leurs lambeaux contiennent de puissantes fibres musculaires qui, loin de les réunir, les tiennent écartés. Aussi, par ce défaut de cicatrisation, le vagin se trouve béant et plus court, et le canal cervical se termine à l'extérieur par une vaste surface muqueuse bordant des lèvres fendues qui ne le protègent plus. Les agents microbiens peuvent facilement passer dans le vagin et pénétrer dans le col ; celui-ci est tout prêt pour le recevoir et pour favori-

ser leur développement ; sa muqueuse endo-cervicale, extériorisée par les déchirures, se trouve froissée contre la paroi vaginale, desquamée et irritée par les sécrétions anormales qu'elle peut produire. Aussi un col qui se trouve dans cet état ne tarde-t-il pas à présenter les lésions qui viennent d'être décrites, ou à être le point de départ d'autres lésions plus graves et plus profondes.

SYMPTOMATOLOGIE

Le diagnostic de l'endométrite cervicale s'établit à l'aide des signes physiques que perçoit le gynécologue et des phénomènes fonctionnels et subjectifs qu'éprouve la malade.

Signes physiques. — L'examen au spéculum sera fait de préférence à l'aide du spéculum bivalve de Cusco, ou avec les deux valves isolées de Simon, dans la position de la taille. « Le col utérin apparaît plus gros, plus ou moins déformé, cylindroïdal ou en cône renversé, remplissant parfois tout le fond du vagin. La muqueuse vaginale qui le recouvre est généralement violacée. L'orifice externe paraît dilaté, laissant passer la muqueuse du canal cervical, qui a une couleur rouge vif. Les lèvres sont généralement déchirées et hypertrophiées. Elles n'apparaissent plus seulement tuméfiées dans le cas de déchirure ; elles sont écartées l'une de l'autre, séparées par une ou plusieurs encoches que tapisse une muqueuse plus ou moins polie, ou que bordent des bourgeons charnus ou saignants. Un écoulement visqueux de mucus, soit franchement purulent, soit panaché de stries purulentes et de filaments sanguinolents, s'échappe de l'orifice, surtout si l'on a soin de le presser doucement, à plusieurs reprises, avec les valves du spéculum, de façon à *traire* pour ainsi dire le museau de tanche. La surface de celui ci paraîtra souvent ulcérée ; ces pertes de substance apparentes seront parfois très petites, disséminées ou superficielles, ressemblant à une

légère vésication ou profondes, pareilles à un ulcère ou à une plaie granuleuse ; parfois des grains jaunâtres, semblables à de petites pustules d'acné, forment des saillies globuleuses plus ou moins élevées ; ce sont les kystes folliculaires de Nabo'h.

Mais il faut savoir que les déchirures du col sont beaucoup moins visibles en projection, au fond du spéculum, que perceptibles au toucher ; aussi l'exploration digitale doit-elle précéder l'examen au spéculum. La vue, en effet, ne nous donne que des notions très superficielles ; le toucher vaginal permet au clinicien de se rendre compte de la limite des lésions ; il fournit des indications très précieuses non seulement sur le volume, la longueur, les déformations du col, de ses lèvres et de l'orifice du canal cervical, la profondeur des déchirures, l'étendue des cicatrices, mais il permet de connaître sa consistance, ainsi que celle de la muqueuse, de délimiter l'étendue de l'inflammation et de se rendre compte de l'état des organes voisins. Les lèvres du col sont plus volumineuses qu'à l'état normal, plus distantes l'une de l'autre, redressées, séparées par des divisions souvent bilatérales, au fond desquelles se trouve un tissu dur, resistant, sous forme de bande, s'étendant quelquefois jusqu'au cul-de-sac correspondant. C'est du tissu cicatriciel d'une ancienne déchirure, dont la compression peut déterminer de vives douleurs.

Une lèvre peut être plus allongée, ou plus dure ou plus ramollie que l'autre. La béance des lèvres fait que le doigt trouve généralement celle qui est antérieure relevée et ne recouvrant plus l'orifice externe qu'elle cache à l'état normal. La lèvre postérieure peut se porter en avant ou être profondément située dans le cul-de-sac postérieur.

Entre les bords des deux lèvres le doigt trouve la muqueuse du canal cervical, qui lui donne une sensation de velouté : molle et friable, le doigt peut l'entamer facilement, la faire saigner et en retirer des débris. Des saillies plus ou moins considérables

peuvent s'y rencontrer ; elles donnent la sensation de petits grains durs et inégaux : ce sont les granulations kystiques et folliculaires de Naboth.

Certaines régions peuvent être limitées par des bords plus relevés et donner la sensation d'une pulpe molle, se laissant facilement écraser, capable de saigner abondamment : ce sont des ulcérations. Quelquefois leurs bords peuvent se présenter avec une certaine dureté, dans ce cas il faut soupçonner une induration cancéreuse ; mais généralement, dans l'endométrite cervicale, les bords d'une ulcération sont assez mous et de même consistance que le reste du col. Quand la muqueuse cervicale est fortement végétante, et le tissu très friable, il est bon aussi de penser au cancer végétant. C'est le doigt qui résoudra la question en achevant d'explorer le reste du col. L'index peut souvent pénétrer à travers l'orifice externe dans le canal dilaté et il y rencontre une substance épaisse qui est la matière sécrétée par les glandes. Quelle qu'en soit l'odeur et la couleur, celle-ci ne doit pas sentir l'ichor fétide du cancer.

Autour du col les culs-de sac doivent être souples et non douloureux.

Le corps de l'utérus doit être trouvé mobile, de volume normal, en bonne position et indolore ; mais le mouvement de ballottement imprimé au corps en faisant basculer le col est parfois douloureux, et Gosselin a beaucoup insisté sur l'importance clinique de ce signe.

Les annexes ne doivent pas être trouvés empâtés ni douloureux soit par la palpation profonde, soit par le toucher combiné au palper abdominal.

L'introduction de l'hystéromètre fera constater diverses particularités intéressantes. On trouve ordinairement une augmentation de la cavité utérine pouvant aller jusqu'à 8 centim. La sonde éveille souvent de la douleur ; mais il serait exagéré de dire, avec Veigt, qu'on peut ainsi déterminer les points exacts où

l'endométrite est le plus accusée. En réalité, c'est plutôt le mouvement imprimé à la totalité de l'organe que le frôlement de la muqueuse qui est la cause ordinaire de la douleur. L'écoulement de sang, alors que la sonde a pénétré sans effort, est un sûr indice de l'altération de la muqueuse. S'il y a des fongosités très accusées, on pourra même quelquefois le sentir avec le cathéter.

En un mot, le toucher ne doit trouver de lésions que dans le col, et s'il est douloureux le corps de l'utérus et les annexes ne devraient pas l'être.

L'endométrite cervicale peut aussi être accompagnée de certaines zones d'hyperesthésie de diverses régions de l'abdomen. La palpation les découvre tantôt dans l'une ou l'autre des régions iliaques, plus souvent à gauche qu'à droite ; tantôt au niveau de la région ombilicale ; d'autres fois au niveau des hypocondres ou du creux épigastrique.

Troubles fonctionnels d'origine organique. — Les pertes sont le phénomène le plus important : c'est celui qui le premier attire l'attention des malades.

La leucorrhée ou *flueurs blanches* est l'exagération et l'altération morbide de la sécrétion utérine et vaginale physiologique. L'utérus et le vagin sécrètent en effet, à l'état normal, en très faible quantité, un liquide muqueux qui contient toujours quelques leucocytes. C'ést un suintement dû à la destruction lente du revêtement épithélial Pour peu qu'il dépasse un certain degré, qu'il devienne plus abondant et purulent, il est morbide et constitue la leucorrhée.

La leucorrhée qui provient du col est gélatiniforme : à l'état normal, elle est transparente et ressemble à du blanc d'œuf ; elle empèse fortement le linge. A l'état pathologique, elle est purulente et de couleur jaune verdâtre. Sa réaction est alcaline.

Cet écoulement leucorrhéique est rarement tout à fait continu ;

non pas que la sécrétion ne se fasse d'une manière constante, mais le produit de cette sécrétion n'est évacué que par intervalles ; il s'accumule d'abord dans le vagin et de temps en temps s'échappe à la vulve en petites masses. Dans certains cas même, on observe de véritables *crises sécrétoires* et l'on voit une grande quantité de liquide apparaître presque subitement, après d'assez fortes douleurs.

La menstruation reste régulière pendant un temps plus ou moins long ; elle finit par devenir dysménorrhéique, irrégulière. Des hémorragies peuvent survenir quand il y a des polypes, des ulcérations, des végétations : elles peuvent même durer assez longtemps : elles ont lieu sans coliques, sans caillots et le sang coule goutte à goutte. La stérilité n'est pas fatale : on sait, en effet, que la grossesse a pu être observée dans les cas de cancer et de corps fibreux : il en est de même pour la métrite ; mais alors les avortements sont fréquents.

Troubles fonctionnels d'origine réflexe. — Il n'est pas de fonction sur laquelle les affections utérines retentissent avec plus de constance que la digestion. La dyspepsie s'explique ici très bien par une action réflexe dépendant du système nerveux de la vie organique. La dilatation de l'estomac est très fréquente dans les endométrites de longue durée, avec tout le cortège symptomatique si bien décrit par Bouchard. Le manque d'appétit, les nausées, s'accompagnent le plus souvent de flatulence et en particulier d'un état de tympanite chronique qui fait dire aux femmes que leur ventre a grossi depuis le début de leur maladie, quoique leur embonpoint ait diminué. La constipation est aussi très fréquente.

Troubles sensitifs. — La malade peut ne pas souffrir au début, mais elle ne tarde pas à se plaindre du bas-ventre, désignant ainsi la région hypogastrique ; elle se plaint aussi des côtés et par ces mots elle désigne les régions iliaques.

Cette douleur est spontanée ; elle siège dans le petit bassin, mais n'a pas toujours son foyer principal au niveau même de l'utérus ; c'est fréquemment dans les régions iliaques, au niveau des ovaires et particulièrement du côté gauche, que la douleur est la plus forte.

Cette douleur est sourde, persistante, gravative ; elle donne lieu à une sensation de poids, de plénitude au niveau du périnée et dans le petit bassin, il semble à la malade qu'elle ait un corps étranger qui tend à s'échapper. En même temps, elle se plaint de gastralgie, de douleurs intercostales, de névralgies, de migraines, de phénomènes hystériformes. Tous ces troubles réflexes ont pour point de départ l'irritation des nerfs du col utérin.

Troubles généraux. — Ces troubles sont assez fréquents. Ils se traduisent par le changement de caractère de la malade, par de l'amaigrissement, de la pâleur, l'affaiblissement musculaire, la disparition de l'activité et de l'énergie. La malade a le visage triste, elle est irritable, a perdu le sourire et la gaîté : elle sent ses joues diminuer, un travail un peu pénible la fatigue rapidement ; finalement, la malade ne fait rien et dépérit tous les jours sans autres lésions organiques et on se trouve en présence de tous les symptômes d'une anémie profonde ; aménorrhée ou irrégularité de la menstruation, palpitations cardiaques, essoufflement, œdèmes, etc.

Marche de l'endométrite cervicale.

On peut observer trois périodes dans la marche de l'endométrite cervicale : une période insidieuse, de début ; une période d'état ; une période de guérison ou de complications.

La première période peut-être marquée soit par une hypersécrétion leucorrhéique, soit par des métrorrhagies plus ou moins longues, survenant après des suites de couches, après les règles

et sans trop de coliques ni de caillots de sang, soit par des sensations de tiraillements dans le bas-ventre, ou par un début de faiblesse générale et de dyspepsie.

La seconde période est surtout une période d'hypersécrétion glaireuse ou muco purulente, s'accompagnant de divers troubles réflexes digestifs ou sensitifs, d'asthénie plus ou moins grande, sans trop de troubles menstruels.

La troisième période est surtout une période sclérosante du col, d'envahissement et d'altération supra et péricervicales.

A cette période, il faut penser que l'endomètre du corps, le parenchyme lui-même ne sont pas à l'état sain : c'est ce que semblent démontrer les tendances à la rétroversion, la sensibilité particulière de tout l'organe, son augmentation de volume, l'altération de la sécrétion cervicale pathologique, qui change de couleur, devient plus jaune, moins épaisse et plus purulente ; les irrégularités de la menstruation, les douleurs et les troubles réflexes qui deviennent plus intenses, plus continus, plus sensibles à l'exploration; la sclérose se diffuse à travers le corps utérin et les annexes ; elle peut être précédée ou suivie de leur infection.

Cette troisième période n'est souvent suivie que de soulagements plus ou moins longs, pouvant varier de plusieurs mois à plusieurs années, tandis qu'aux autres périodes l'opération de Schrœder a des succès qui se maintiennent intégralement et un temps indéfini.

L'endométrite cervicale prédispose-t-elle au cancer du col ? Beaucoup d'auteurs étrangers n'hésitent pas à admettre que le catarrhe du col, entretenu par une déchirure, est une condition possible pour l'apparition de l'épithéliome.

DIAGNOSTIC

L'endométrite cervicale peut être reconnue par l'ensemble des signes et des symptômes qui viennent d'être décrits. Les

signes sont plus importants ; aussi doit-on soigneusement explorer les organes voisins et surtout le corps utérin, pour savoir si l'inflammation ne s'y est pas propagée. La nature des pertes est aussi très importante.

L'interrogation de la malade doit être faite sérieusement dans certains cas. La métrorrhagie et la ménorrhagie, jointes à l'augmentation du volume de l'utérus, sont plutôt un symptôme d'une endométrite du corps. Les phénomènes douloureux des régions lombaires appartiennent aussi spécialement à la métrite du corps, et les phénomènes hypogastriques à l'endométrite cervicale ; les douleurs localisées aux fosses iliaques sont surtout dues aux inflammations des ovaires et des trompes, ou des ligaments larges. Lorsqu'il y a des ulcérations avec des bords inclinés, lorsque la sécrétion est liquide et roussâtre et sent une odeur fétide, il est bon de penser à un cancer du col ; la teinte jaune paille de la malade sert à le confirmer. Lorsqu'il y a des végétations très fortes et friables, avec sécrétion d'un liquide sanguin et clair, il faut penser au cancer végétant.

PRONOSTIC

L'endométrite cervicale a généralement une marche assez bénigne et peut se terminer par la guérison même spontanée. Mais il est des cas très rebelles dont nous avons plusieurs exemples. Ils finissent par durer un temps infini ; ils aboutissent à la métrite du corps et aux inflammations des annexes quand ils n'ont pas reçu un traitement efficace ou opportun. Scangoni prétend qu'il n'a jamais vu guérir la métrite chronique ; mais il ne la distinguait pas suffisamment des salpingites.

CHAPITRE II

Traitement de l'endométrite cervicale

Il existe pour l'endométrite cervicale, comme pour la plupart de toutes les affections, trois sortes de traitements : un traitement prophylactique, un traitement médical et un traitement chirurgical.

Traitement prophylactique. — Il consiste dans l'application des règles modernes de l'hygiène, telles qu'elles découlent des principes dont Pasteur a été le père et le vulgarisateur.

C'est ainsi que la vulvite, la vaginite, l'uréthrite et la cystite seront traitées, chacune suivant leur méthode particulière, pour prévenir la propagation de l'inflammation au col utérin. S'il y a grossesse, l'accouchement sera précédé et suivi d'une antisepsie rigoureuse. Après l'accouchement, surtout s'il y a des déchirures profondes du col, du vagin et du périnée, l'accoucheur devra porter son attention sur la réparation de ces plaies et surveiller l'involution utérine.

Les déchirures profondes du col utérin devront être passibles de l'opération d'Emmet, appelée encore trachélorraphie, si leur cicatrisation tarde à se faire ou se fait mal.

Traitement médical. — Lorsque l'endométrite s'est déclarée, on doit écarter de l'utérus tout ce qui est capable de l'irriter ; cet organe sera, comme tous les organes malades, condamné au repos et aux irrigations chaudes et légèrement antiseptiques

L'inflammation peut être améliorée par les scarifications ; les ponctions pouvant diminuer la rétention des follicules glandulaires.

Les érosions et les ulcérations de la portion externe de la muqueuse du col pourront être cautérisées avec les caustiques légers pour favoriser la formation de l'épithélium pavimenteux ; les caustiques les plus employés sont l'acide phénique, la créosote, le nitrate d'argent, la teinture d'iode, le chlorure de zinc.

On ne devra pas laisser séjourner dans le canal cervical les mucosités filantes ; après les avoir enlevées, on appliquera les caustiques et les antiseptiques suivant la forme la mieux appropriée, les caustiques exposant aux sténoses du col.

Le meilleur traitement est l'excision de la muqueuse malade, lorsque le col est hypertrophié et que la muqueuse est exubérante ; ces deux indications se présentent dans toutes les endométrites cervicales anciennes ou compliquées de déchirures.

Traitement chirurgical. — Il consiste surtout dans l'amputation du col.

Historique. — L'amputation du col dans les métrites a une histoire déjà longue.

Lisfranc, en France, fait au bistouri, de 1825 à 1834, une centaine d'amputations du col pour diverses affections : cancer, hypertrophie du col, etc. Le bistouri exposant à des hémorrhagies, on chercha d'autres moyens d'amputation. Mayer imagina la section par la ligature au tourniquet. Dupuytren se servit d'un écraseur. Vint ensuite l'anse galvanique, puis le thermocautère. Les sections, faites perpendiculairement à l'axe du col ou dirigées obliquement, donnaient, à défaut d'antisepsie et de lambeau anaplastique, une cicatrice très épaisse favorisant, comme les caustiques, la sténose du col.

Cette opération eut des suites désastreuses, et on fut obligé de l'abandonner en raison des décès qui la suivaient, et l'amputation du col tomba complètement en discrédit.

Braun, de Vienne, en 1860, reprend cette opération et la

remet en honneur en l'asseyant sur une base véritablement scientifique : c'est lui qui signale le premier les modifications du corps utérin et son involution à la suite de l'amputation du museau de tanche.

En 1875, Huguier, dans son Mémoire à l'Académie de médecine sur les allongements hypertrophiques du col, fait accepter de nouveau en France cette opération délaissée.

Hégar, Schrœder, Sims et Simon font, par leurs travaux, reconnaître le peu de dangers de cette opération, pratiquée dans certaines conditions, avec toutes les précautions de l'antisepsie.

Avec l'antisepsie, il fallut aussi changer les anciens procédés de diérèse et revenir au procédé de Lisfranc, l'amputation au bistouri. Mais il ne s'agit plus d'avoir des cicatrisations lentes, il faut trouver des moyens rapides de réunion, il faut recourir à l'autoplastie, permettant l'affrontement immédiat des deux muqueuses et leur réunion par première intention.

Alors naissent des procédés divers pour l'amputation infra-vaginale et supra-vaginale du col.

Huguier décolle la paroi vaginale du col pour faire l'amputation supra-vaginale.

Hégar fait l'amputation conoïde du col et suture la muqueuse vaginale à la muqueuse du canal cervical en forme de rosace.

Simon, pour porter plus haut l'amputation du col utérin, fait une incision commissurale des deux côtés des lèvres et forme deux lambeaux coniques pour chaque lèvre, l'externe plus long, l'interne plus court, qu'il maintient appliqués par des sutures.

Sims perfectionne le mode de suture dans l'amputation à deux lambeaux de chaque lèvre du col. La muqueuse vaginale, repliée, est cousue seule au-dessus de la plaie.

Schrœder, en 1878, modifie l'amputation du col de l'utérus et publie son procédé à un lambeau ; mais il complique la suture, parce qu'il coud la muqueuse vaginale du col, rabattue,

à la muqueuse cervicale incisée très haut. Aussi cette opération présente-t elle des difficultés considérables, surtout quand il s'agit, avec un utérus qui ne peut pas être abaissé à cause de sa fixité au niveau de la vulve, de faire des sutures très élevées dans le canal cervical et intéressant une muqueuse aussi délicate que la sienne.

Jeannel, de Toulouse, rend l'opération moins laborieuse par une modification ingénieuse du point de suture, dont nous ne voulons pas décrire les détails.

Il est inutile de parler ici de l'opération d'Emmet, qui s'attaque à l'avivement des déchirures du col et qui ne saurait atteindre directement l'endométrite cervicale.

Aussi est-il préférable de choisir l'opération de Schrœder, qui s'attaque à la fois aux tissus malades et aux déchirures, pour faire une bonne thérapeutique rationnelle et chirurgicale.

Nous allons maintenant décrire l'amputation du col telle que la pratique depuis plusieurs années M. Lantard, à l'hôpital de Nice, et nous insisterons particulièrement sur son procédé spécial de suture.

Description de l'opération. — La malade est anesthésiée, mise dans la position de la taille ; on prend les précautions antiseptiques d'usage, bain et purgation la veille de l'opération, et, le jour même, la vulve est rasée, le vagin irrigué à l'eau phéniquée et bien rincé. Une valve abaisse la fourchette ; le col est saisi par deux pinces tire-balles placées l'une sur la lèvre antérieure, l'autre sur la lèvre postérieure : cela permet d'étaler les lèvres, de bien inspecter les lésions et de dessiner facilement l'incision initiale.

Il est bon, pendant le cours de l'opération, de s'assurer une irrigation continue avec de l'eau très chaude (48° à 50°) ; cette eau est simplement bouillie ou additionnée d'un antiseptique (acide phénique ou sublimé) ; l'irrigation continue nettoie le champ opératoire, en même temps qu'elle aide à l'hémostase.

Le col étant abaissé à la vulve au moyen des deux pinces tire-balles, on pratique l'incision de la muqueuse. Cette incision doit avoir lieu à une distance variable du museau de tanche, selon qu'il s'agit d'un col trop long qu'on veut raccourcir, ou d'un col normal dont on veut simplement retrancher un fragment suspect. Elle doit porter en tout cas au-dessous du point où la muqueuse vaginale se réfléchit sur le col ; ce point se reconnaît au défaut de mobilité de la muqueuse sur le tissu utérin sous-jacent.

L'incision commence sur la partie antérieure du col ; puis on le relève vers le pubis et on incise la partie postérieure de la muqueuse ; on complète enfin l'incision circulaire sur les deux côtés en faisant dévier le col alternativement à droite et à gauche.

On s'arme alors d'une pince à griffes et de ciseaux courbes à lames étroites et à pointes mousses. Avec la pince, on relève le bord de la muqueuse incisée ; avec la pointe mousse des ciseaux on décolle cette muqueuse, de bas en haut, dans l'étendue de quelques millimètres. Lorsque la muqueuse est relevée sur une étendue suffisante, on attaque le tissu utérin soit aux ciseaux, soit au bistouri, en attirant fortement le col de manière à sectionner la muqueuse du canal cervical aussi haut que possible.

Si le champ opératoire est inondé de sang, on fait jouer l'irrigation continue très chaude, on pratique une compression de quelques secondes à l'aide d'un fort tampon d'ouate ; mais on ne doit pas s'inquiéter de l'hémorragie ; elle va s'arrêter avec une facilité surprenante dès que les sutures seront en place.

Le col est amputé : il nous reste un moignon régulièrement excavé, entouré d'un manchon muqueux : reste à suturer cette muqueuse vaginale avec la muqueuse du canal cervical.

Avec une petite aiguille de Hagedorn chargée d'un long crin de Florence, on pique la muqueuse par sa face vaginale à un

demi-centimètre de la ligne de section et au niveau du diamètre horizontal qui diviserait notre cercle muqueux en deux parties égales. L'aiguille ressort sur la face utérine, et, remontant sur la lèvre antérieure, on pique alternativement la face vaginale et la face utérine, faisant ainsi un surjet sur cette lèvre antérieure jusqu'à ce qu'on soit arrivé au niveau du diamètre horizontal en ayant soin de faire ressortir le fil par la face vaginale. On fixe alors les deux chefs du fil avec deux pinces à pression. Puis avec un second fil on fait de même un surjet sur la lèvre postérieure. Les deux fils du côté droit, dont l'un appartient à la lèvre antérieure et l'autre à la lèvre postérieure, sont alors réunis dans le chas de l'aiguille, que l'on pique dans le canal cervical pour venir ressortir dans le cul-de-sac latéral correspondant : on fait ensuite la même manœuvre du côté gauche. On serre alors et on noue ensemble ces deux fils pendant qu'un aide noue ceux du côté opposé. On voit alors la muqueuse vaginale qui se plisse, se replie, et le bord cruenté vient s'appliquer sur la surface de section du canal cervical, qui est en même temps maintenu ouvert par les fils qui le tirent dans le sens horizontal. L'affrontement est parfait et l'hémorragie s'arrête aussitôt.

On obtient ainsi un col très régulier, un orifice utérin absolument arrondi, bien perméable et recouvert de muqueuse, ainsi que le montre la photogravure placée ci-après.

Quant au pansement et aux soins consécutifs, ils sont simples. Immédiatement après avoir lavé le vagin à l'aide d'une solution de sublimé à 1/1000, avant de retirer la valve postérieure on place un tampon de gaze iodoformée.

Au bout de 24 ou 48 heures au plus, on retire le tampon et on donne une injection vaginale au sublimé toutes les 6 heures : on obtient ainsi régulièrement la réunion immédiate.

Au bout de huit jours, il faut retir r les fils puisqu'ils ne sont pas résorbables. Cela est facile si, lorsque la suture est nouée,

on a eu la précaution de ne pas couper les fils au ras du nœud et d'en conserver un bout d'une dizaine de centimètres environ.

On place une valve postérieure, on saisit les bouts de fil pour attirer le col et on donne d'un côté un coup de ciseaux au-dessus du nœud. Il ne reste plus qu'à tirer de l'autre côté et les deux fils viennent ensemble.

Encore quelques injections et la guérison est definitive.

La technique de cette suture peut paraître difficile et compliquée, car, à la vérité, la description en est pénible ; mais tous les chirurgiens qui l'ont vu pratiquer reconnaissent qu'aucun procédé n'est d'une exécution plus facile et plus simple.

CHAPITRE III

Observation Première

(Due à l'obligeance de M. Lautard)

Endométrite cervicale. — Déchirure et ulcération du col.— Amputation du col. Guérison.

Mme X... , âgée de 33 ans. Réglée à l'âge de 14 ans, régulièrement jusqu'à l'âge de 29 ans, époque de son mariage. A 31 ans, grossesse et accouchement difficile ayant nécessité un débridement du col : les suites de couches furent mauvaises et compliquées d'accidents septiques.

Depuis son accouchement, Mme X... se plaint de douleurs dans l'hypogastre, dans la fosse iliaque droite et s'irradiant dans la région lombaire, douleurs particulièrement violentes au moment des règles, qui viennent deux fois par mois : dans l'intervalle, la malade a beaucoup de pertes jaunâtres.

A l'examen, on trouve l'orifice externe entr'ouvert : à gauche, une cicatrice dure résultant de l'incision faite lors de l'accouchement. Le museau de tanche est d'un rouge foncé, violacé : sur la lèvre antérieure on voit une ulcération circulaire présentant une surface framboisée, d'un rouge vif. Le volume de l'utérus est peu augmenté : l'hystérométrie donne 7 cent. 1/2. Le col est très gros et les lèvres très épaisses.

Le 20 novembre 1898, curettage suivi de l'amputation de Schrœder. Suture circulaire par le procédé de M. Lautard, au catgut. Injection dans la cavité utérine de la solution suivante : Alumnel, 1 gramme, teinture d'iode et alcool, 25 grammes ; suites opératoires très bonnes, apyrétiques.

Cette malade, revue au bout de deux ans, ne se plaint plus de ses douleurs, ses règles viennent normalement. Le col de l'utérus présente un orifice punctiforme et une cicatrice circulaire très mince.

Observation II

Endométrite cervicale. — Ulcérations du col.— Déchirures. — Ectropion de la lèvre antérieure. — Amputation de Schrœder.

Marie D..., âgée de 36 ans, a été réglée à 14 ans, normalement, pas de leucorrhée. Mariage à 19 ans. Premier accouchement à 21 ans, à terme, avec déchirure du périnée qui a été suturée.

Deux autres accouchements normaux et à terme à 22 ans et à 24 ans. Après son troisième accouchement, elle a commencé à avoir des pertes jaunâtres, des règles peu abondantes accompagnées de douleurs dans le bas-ventre. Divers traitements ont été employés : cautérisations du col, injections chaudes, tampons glycérinés mais sans résultats.

Etat actuel. — Santé générale assez bonne. Pertes jaunâtres, règles abondantes, précédées de coliques A l'examen, on trouve les lèvres du col ulcérées et en ectropion ; les déchirures; l'hystérométrie donne 9 centimètres.

L'amputation de Sehrœder est faite le 12 décembre 1898, sous le chloroforme, par M. Lautard. Suture circulaire à la soie. Injection de teinture d'iode dans la cavité utérine; suites opératoires normales apyrétiques: les fils sont enlevés au bout de 8 jours.

Au mois d'août 1900, la malade accouche d'une fille vivante, en présentation du sommet: le travail a duré six heures. Les règles ont reparu deux mois après et viennent maintenant régulièrement et presque sans douleurs. Plus de leucorrhée.

Observation III

(Due à l'obligeance de M. Lautard)

Endométrite cervicale. — Hypertrophie du col. — Amputation de Schrœder.

Jeanne B..., âgée de 38 ans, a trois enfants dont l'aîné a 16 ans. Les trois accouchements ont été normaux, ainsi que les suites de couches. En 1897, elle a été traitée pour ulcération du col (injections iodées, crayons à l'iodoforme). Au mois de mai 1900, le Dr Lautard, appelé à l'examiner, constate une hypertrophie considérable du col ; la lèvre antérieure est en ectropion : elle a été cautérisée plusieurs fois sans résultat. L'opération décidée a lieu le 12 mai : la malade refusant l'anesthésie générale, le Dr Lautard procède de la façon suivante : une heure avant l'opération, il pratique une injection de morphine de deux centimètres et fait administrer un lavement avec 4 gram. de chloral. Des tampons imbibés d'une solution de cocaïne à 1 °/₀ sont appliqués sur le col. L'amputation de Schrœder est pratiquée sans douleur, la malade causait avec les assistants. Suture circulaire à la soie d'après le procédé particulier. Les fils sont enlevés au bout de 8 jours.

Cette malade a été revue dernièrement : les règles sont revenues six semaines après l'opération et les douleurs n'ont plus reparu. Le col est court, élevé, et la cicatrice est régulière. L'orifice est punctiforme et facilement perméable.

Observation IV

(Observation due à l'obligeance de M. Lautard).

Endométrite cervicale. — Ulcération du col. — Amputation de Schrœder.

Marie V.., femme de chambre, âgée de 29 ans.

A eu, il y a 5 ans, un accouchement à terme, dechirure périnéale qui n'a pas été suturée.

Cette malade est vue pour la première fois le 10 octobre 1900.

Le 30 octobre, on pratique la colpopérinéorraphie sans toucher à l'utérus. Pertes blanches abondantes, traitées par injections chaudes et injections iodées dans la cavité utérine. A l'examen, on voit autour de l'orifice externe une ulcération rouge qui a été cautérisée plusieurs fois.

Le 14 novembre 1900, curettage et amputation de Schrœder et suture circulaire d'après le procédé particulier. Suture au catgut.

Cette malade a été revue plusieurs fois depuis son opération : son état général est bon, elle n'a plus de leucorrhée et ses règles sont régulières et non douloureuses. C'est un des nombreux cas où l'amputation du col combinée au curettage a donné un excellent résultat.

Observation V

Endométrite cervicale. — Métrite hémorrhagique. — Ulcération du col. — Curettage et amputation de Schrœder.

Rosalie A.., ménagère, âgée de 42 ans, a eu 4 enfants dont l'aîné a 19 ans et le dernier 6 ans. Les quatre accouchements ont été normaux et à terme.

Depuis ses dernières couches, la malade souffre du bas-ventre, ses règles sont très abondantes et douloureuses et viennent deux fois par mois.

A l'examen, la palpation du ventre est douloureuse : l'utérus est assez volumineux, l'hystérométrie donne 9 centimètres. Le col est rouge, gros et dur ; sur la lèvre antérieure on voit une ulcération qui envahit la muqueuse du canal cervical. On porte le diagnostic de métrite hémorragique parenchymateuse avec hypertrophie du col.

Le 20 novembre 1900, curettage suivi de l'amputation de Schrœder ; suture circulaire à la soie d'après le procédé particulier.

Observation VI.

Personnelle

Endométrite cervicale. – Déchirures et ulcérations du col. — Amputation de Schrœder.

Marie R..., ménagère, âgée de 30 ans.

Antécédents. — Père mort tuberculeux. Fièvre typhoïde à 12 ans.

Vie génitale. — Réglée à 15 ans et toujours régulièrement. Règles durant 4 à 5 jours, assez abondantes et non douloureuses. Mariage à 23 ans. Première grossesse à 24 ans, terminée par un accouchement difficile : enfant mort. Deux ans après, deuxième grossesse : présentation de l'épaule, version, enfant vivant. L'année suivante, en 1898, troisième grossesse ; placenta prœvia, hémorrhagies abondantes ayant nécessité le tamponnement et l'accouchement provoqué : enfant mort. Les suites de couches furent mauvaises, il y eut de l'endométrite puerpérale qui nécessita un curettage.

Etat actuel. — Depuis ce moment, la malade se plaint de douleurs de ventre et de pertes jaunâtres abondantes. Pendant la marche, les douleurs s'irradient dans les cuisses et dans les lombes.

Examen. — La palpation du ventre est un peu douloureuse. Pas de tumeur. Sonorité normale.

Toucher vaginal. — Périnée normal. Le col présente trois déchirures et une ulcération sur la lèvre antérieure.

Le 15 décembre 1898, l'amputation de Schrœder est pratiquée par M. Lautard d'après son procédé particulier de suture. Deux ans après l'opération, Marie R... est devenue enceinte. Cette grossesse s'est terminée par un accouchement normal avec un

enfant vivant venu en présentation du sommet. La durée du travail a été de six heures.

Il est à remarquer que cette malade avait eu auparavant trois grossesses avec des présentations vicieuses ; après l'opération de Schrœder, elle accouche normalement d'un enfant à terme et vivant.

Observation VII.

(Personnelle)

Endométrite cervicale. — Ulcération du col et ectropion. — Amputation de Schrœder.

Jeanne V..., âgée de 22 ans, sans profession, entre à l'hôpital le 5 août 1901.

A été réglée à 15 ans et depuis régulièrement, mais peu abondamment. Abus de coït. Pas de grossesse. Blennorrhagie il y a 4 mois.

A l'examen, on trouve un utérus de volume normal, le col seul est un peu long ; la lèvre antérieure est en ectropion et porte une ulcération assez étendue. Catarrhe de l'utérus. Injections chaudes au sublimé, tampons glycérinés.

Le 5 septembre, curettage suivi de l'amputation de Schrœder pratiquée par M. Lautard. Suture circulaire à la soie. Suites opératoires normales. Les fils sont enlevés au bout de dix jours. Injections intra-utérines de teinture d'iode.

Un mois après, le col est court, bien conformé, orifice punctiforme, perméable. Il persiste encore un peu d'écoulement. Injection de teinture d'iode, tampons de glycérine à l'ichthyol.

Observation VIII

(Recueillie par M. Fighiera, interne.

Endométrite cervicale. — Tumeur fibreuse du col. — Amputation de Schrœder.

Mathilde M..., âgée de 34 ans, profession de brodeuse.

Rien de particulier dans les antécédents.

A été réglée à 12 ans et depuis régulièrement : pas de leucorrhée.

Mariée à 33 ans, elle a fait trois fausses couches dans l'espace de dix mois. Le dernier avortement a eu lieu il y a un mois ; la grossesse remontait à six semaines environ.

A la suite de cet avortement, la malade ne s'est pas alitée ; elle a continué à travailler et à marcher, ne prenant pas même d'injections vaginales. Au bout de huit jours, des pertes rouges abondantes sont survenues avec douleur dans le bas-ventre et les flancs.

A son arrivée à l'hôpital, le 7 septembre, la malade se sent très faible ; elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre et dans les reins. L'appétit est conservé, il n'y a eu ni fièvre, ni frissons.

A l'examen, la palpation de l'abdomen ne provoque pas de douleur. Le vagin est rempli de caillots. Le col est légèrement hypertrophié et son orifice laisse pénétrer la pulpe de l'index. La lèvre antérieure présente un petit noyau induré, faisant saillie dans la cavité cervicale et perceptible aussi dans le cul-de-sac antérieur.

La lèvre postérieure est très mince et ne présente rien de particulier. Le cul-de-sac droit est un peu douloureux, rien du côté gauche. Quelques pertes jaunâtres.

Au spéculum, on voit sur la lèvre antérieure une petite végétation ulcérée, blanchâtre, avec quelques stries rouges. La lèvre antérieure est grosse, bombant dans le cul-de-sac correspondant. La lèvre postérieure est normale ; le col saigne très facilement ; l'hystérométrie donne 8 centim. 1/2.

Le 11 septembre, amputation du col ; suture circulaire au crin de Florence par M. Lautard, qui emploie son procédé spécial. Les fils sont enlevés au bout de dix jours.

Le 27 septembre, on constate que le col est bien cicatrisé, l'orifice est rond et regarde un peu en arrière. Il n'y a plus

traces d'induration sur la lèvre antérieure. L'utérus est légèrement en antéversion. Pas de leucorrhée. La malade sort guérie.

Observation IX

(Recueillie par M. Fighiera, interne.
Hypertrophie du col. — Déchirures. — Amputation de Schrœder.

Louise J..., âgée de 22 ans, repasseuse.

Rien à signaler dans les antécédents.

A été réglée à 16 ans, règles durant huit jours, sans douleurs.

A 20 ans, grossesse terminée par un accouchement normal, à terme.

L'année suivante, nouvelle grossesse. Au troisième mois, survient une hémorragie très abondante et la malade entre à la Maternité.

L'hémorragie se reproduit le lendemain, on porte le diagnostic de placenta prævia. Accouchement provoqué. Rigidité du col nécessitant un débridement bilatéral. Embryotomie et délivrance artificielle. Les suites furent normales.

La malade entre à l'hôpital le 18 septembre.

A l'examen, on trouve le ventre souple, non douloureux.

On ne sent pas l'utérus au-dessus du pubis.

Au toucher, vagin large. Col très long, orifice ouvert, laissant facilement pénétrer la pulpe de l'index. Les lèvres forment un bourrelet saillant déprimé de chaque côté par du tissu cicatriciel. Les culs-de-sac sont profonds, non douloureux. L'état général est excellent.

Le 20 septembre. Amputation de Schrœder et suture circulaire au crin de Florence.

Le 30. Les fils sont enlevés. La réunion est parfaite, le col est élevé, court : l'orifice est arrondi et regarde en avant. La muqueuse est lisse, rosée et souple.

Il n'y a pas d'écoulement. La malade sort guérie 12 jours après l'opération, qui avait été assez laborieuse à cause des deux

cicatrices situées de chaque côté du col. Ces cicatrices remontaient sur une hauteur de 2 centimètres environ et le décollement de la muqueuse avait été particulièrement difficile.

Observation X

(Recueillie par M. Fighiera, interne)

Rose M..., âgée de 33 ans, ménagère, entre à l'hôpital le 5 septembre 1901.

Rien de particulier dans les antécédents.

A été réglée à 16 ans. Règles régulières assez abondantes durant de 6 à 8 jours, non douloureuses.

A eu six enfants qui sont tous vivants. Les accouchements ont tous été très faciles et les suites de couches normales.

Le dernier accouchement a eu lieu au mois d'août 1901, et, depuis cette époque, la malade a commencé à souffrir du ventre. Elle a eu trois hémorragies accompagnées de douleurs dans la région lombaire et de vertiges.

Actuellement, la malade se plaint de douleurs de ventre, principalement dans la fosse iliaque gauche et s'irradiant dans les cuisses et la région lombaire. Ces douleurs disparaissent par le repos.

Au palper, on ne sent pas l'utérus au-dessus du pubis: on provoque une légère douleur à gauche.

Au toucher, on sent un col hypertrophié et légèrement entre-ouvert. La lèvre antérieure présente une induration irrégulière : la lèvre inférieure est un peu œdématiée, mais moins grosse que la supérieure. Les culs-de-sac sont souples et non douloureux.

Le spéculum nous montre un col framboisé, présentant sur toute sa circonférence des ulcérations. La lèvre antérieure est plus rouge et paraît bourgeonnante.

L'utérus mesure 6 cent. 1/2 : il est mobile et les mouvements

ne déterminent pas de douleur. Le col est, au contraire, très sensible au toucher.

Le 10 septembre, curettage et amputation du col suturé au crin de Florence, par M. Lautard, d'après son procédé spécial.

Le 20. Les fils sont enlevés, la cicatrisation est complète.

Le 30. On constate que l'orifice du col est arrondi avec quelques dépressions linéaires comme les rayons d'une roue. Il n'y a pas d'éversion de la muqueuse ou de coloration anormale. Pas d'écoulement, aucune douleur. La malade sort complètement guérie.

Observation XI
(Personnelle).

Endométrite cervicale. --- Ulcérations du col.--- Amputation de Schrœder

Marie P..., âgée de 31 ans, domestique, entre à l'hôpital le 1er septembre 1901.

Rien de particulier dans les antécédents.

Réglée à 17 ans. Règles parfois douloureuses, peu abondantes. durant trois jours en moyenne et venant régulièrement tous les mois : pas de leucorrhée.

A 29 ans, grossesse régulière terminée par un avortement au septième mois, le fœtus était mort depuis quelques jours.

Cet avortement fut suivi d'hémorragies abondantes pendant 24 heures ; à la suite de cet avortement, la malade a commencé à avoir des pertes blanches et à souffrir du ventre, principalement au moment de ses règles, qui sont redevenues régulières.

La santé générale est bonne.

Au mois de juillet 1901, nouvelle grossesse avec pertes jaunâtres abondantes. Au second mois de la grossesse, avortement provoqué. A la suite de cet avortement, la malade a perdu du sang par intermittences.

A son entrée à l'hôpital, la malade perd peu. Le ventre n'est pas ballonné, légèrement douloureux au palper.

Au toucher, on trouve un col long, hypertrophié, et on sent de nombreux kystes folliculaires, l'orifice externe est entr'ouvert et laisse pénétrer l'index.

Au spéculum on voit une large ulcération sur la lèvre antérieure.

Le 18 septembre, curettage et amputation de Schrœder par Mr Lautard d'après son procédé spécial de suture.

Les fils sont enlevés le 23 septembre : la réunion est complète.

Le 27 septembre, la malade a ses règles avec quelques légères douleurs du ventre. Les règles durent cinq jours, et la malade sort le 1er octobre en état de guérison.

Cette malade a été revue un mois après.

Au toucher on sent un col très court, cicatrice circulaire souple et régulière, pas d'ectropion de la muqueuse. L'orifice du col est arrondi et dirigé en avant. Le canal cervical est perméable.

L'aspect de la muqueuse est normal, de couleur rosée.

Pas de leucorrhée, aucune douleur.

Observation XII.

(Personnelle).

Endométrite cervicale. — Déchirure du col.
Opération de Schrœder

Marie D..., âgée de 23 ans, entre à l'hôpital le 20 décembre 1900.

Antécédents héréditaires négatifs.

Antécédents personnels. La malade aurait eu dans son enfance les ganglions engorgés, quelques névralgies, pas de maux d'yeux ni d'écoulements par les oreilles.

Réglée à 13 ans pour la première fois, elle le fut sans douleur et régulièrement jusqu'à l'âge de 20 ans, époque où elle devint

enceinte et accoucha normalement et à terme. Les relevailles eurent lieu trois jours après les couches.

La malade eut dès cette époque des pertes blanches, ne nourrit pas et fut réglée quatre mois après. Les règles sont plus abondantes qu'autrefois, durent huit jours au lieu de trois ou quatre, il existe dans l'intervalle un écoulement muco-purulent, inodore. La malade éprouve un sentiment de gêne dans le bas-ventre, les douleurs s'irradient dans les cuisses, les reins, elles sont surtout violentes à l'époque des règles. Pas de troubles du côté de la vessie, ni du côté du rectum.

Au toucher, on constate que le col est béant, libre, gros.

La surface est lisse, régulière, l'orifice est fendu en travers, circonscrit par des lèvres épaisses, formant bourrelet. A droite se trouve une déchirure. Les culs-de-sac sont libres, dépressibles : le corps de l'utérus est mobile et en position normale.

L'opération étant décidée est pratiquée le 25 décembre.

Amputation du col par M. Lautard et suture circulaire au crin de Florence d'après son procédé, suites opératoires normales, pas de fièvre.

Les fils sont enlevés au bout de huit jours. La réunion est complète. La malade sort guérie le 20 février.

Cette malade a été revue un an après. Sa santé est excellente et n'a jamais laissé à désirer depuis l'opération. Les règles ont été régulières, non douloureuses et durant 4 à 5 jours. Il n'y a plus de pertes blanches, ni de douleurs hypogastriques et lombaires.

Observation XIII
(Personnelle).

Déchirure du col. — Endométrite cervicale, forme exubérante. — Œufs de Naboth multiples. — Amputation du col.

Marie R.., 35 ans, couturière, entre à l'hôpital le 5 novembre 1900.

Antécédents. — Père mort emphysémateux. Migraines. Fièvre typhoïde à 18 ans. Variole à 22.

Vie génitale. — Réglée à 14 ans, bien réglée jusqu'il y a 2 ans. Durée habituelle : trois jours. A l'époque des règles depuis sa première grossesse, elle sentait un poids au bas-ventre. Cinq grossesses : quatre heureuses, la dernière assez difficile. Pertes blanches, visqueuses depuis le deuxième enfant, à l'age de 25 ans.

Maladie actuelle. — Début il y a un mois. Douleurs dans le bas-ventre des deux côtés, dans tout le dos. Ce mois-ci, elle n'a pas eu ses règles. Pertes blanches, pertes rouges, alternant depuis quinze jours. Pas de constipation ni de troubles urinaires. Pas d'appétit, amaigrissement, faiblesse générale.

Examen. — Ventre souple, non douloureux. Périnée en bon état ; col en bonne position, peu béant ; une petite saillie sur l'angle droit. Déchirure sur la lèvre postérieure, on sent une hypertrophie considérable.

Amputation du col sous le chloroforme, le 18 novembre, procédé de suture de M. Lautard.

Sortie en état de guérison, le 2 décembre 1900.

Cette malade est revue sept mois après l'opération : elle n'a plus de douleurs dans le bas-ventre ; pas de pertes blanches, ni de métrorrhagies, règles régulières, non douloureuses, venues tous les mois depuis l'opération et durant cinq jours ; la première fois, elles ont duré huit jours. Les troubles digestifs ont disparu ; la vigueur est revenue. La malade a repris une belle physionomie et elle peut sans fatigue se livrer à toutes ses occupations.

Observation XIV

Endométrite cervicale. — Déchirure du col. — Amputation.

Hélène L.., âgée de 34 ans, ménagère.

Antécédents. — Mère morte cardiaque. Les antécédents personnels sont excellents : la menstruation s'est établie à 16 ans, elle a toujours été régulière. Mariage à 20 ans. Deux grossesses : la première à 21 ans, la seconde à 23 ans ; rien de particulier à noter ; accouchements à terme, normaux, très précipités aux derniers efforts. Enfants volumineux. Dix jours de repos au lit. Elle n'a pas nourri. Depuis 7 à 8 ans, elle se plaint de leucorrhée, de gastralgies, de douleurs abdominales et lombaires plus marquées aux périodes menstruelles. Ces symptômes se sont accentués dans ces derniers temps.

Etat actuel — La santé générale est assez bonne, malgré une certaine faiblesse et un défaut d'entrain. Pertes blanches et même jaunâtres.

La palpation abdominale est un peu douloureuse. Au toucher vaginal, le périnée paraît un peu lâche, le vagin normal, le col gros, irrégulier, déchiré, les lèvres très épaisses en ectropion. Les caractères pathologiques du col sont vérifiés au spéculum. La suface est élargie, irrégulière, presque saignante, parsemée d'œufs de Naboth.

Amputation du col sous le chloroforme d'après le manuel opératoire particulier. Tampon vaginal à la gaze iodoformée. Injections consécutives. Guérison régulière.

Depuis dix mois que la malade a été opérée, elle n'a eu ni pertes blanches, ni métrorrhagies. Les règles ont reparu avec régularité, elles durent trois jours et sont à peine douloureuses. La constipation a disparu ; elle ressent rarement quelques douleurs abdominales. Cette malade peut donc être considérée comme se maintenant dans une guérison parfaite.

CHAPITRE IV

Réflexions et Conclusions.

Parmi les malades dont nous venons de rapporter l'histoire, plusieurs ont été revues plus ou moins longtemps après l'intervention. Celles qui ont bien voulu se soumettre au traitement chirurgical dès le débnt de leur affection ont toutes eu une guérison parfaite. D'autres ont attendu longtemps, espérant trouver la guérison dans le traitement médical : chez ces malades l'amputation du col, trop tardive, a fait néanmoins disparaître beaucoup de phénomènes douloureux et de troubles fonctionnels, et l'état général y a trouvé une grande amélioration.

Plusieurs de nos malades ont eu, après leur opération, une ou plusieurs grossesses heureuses. Je rappellerai, en particulier, la malade qui fait le sujet de l'Observation VI. Cette malade avant l'opération avait eu 3 grossesses : la première avec un enfant mort, la deuxième avec présentation de l'épaule et la troisième avec placenta prœvia. Deux ans après l'amputation du col, elle accouche normalement d'un enfant à terme : la durée du travail fut de six heures.

Des résultats éloignés de ces observations cliniques on doit donc tirer les conclusions suivantes :

1° La guérison de l'endométrite cervicale avec déchirure, traitée par l'amputation du col, peut se maintenir pendant de longues années ;

2° Ce traitement ne met aucun obstacle à la conception ;

3° L'accouchement et le travail semblent plus courts et plus faciles ;

4° Les endométrites cervicales simplement hémorragiques semblent avoir une guérison durable et complète ; les endométrites catarrhales traitées à une période relativement peu éloignée des débuts des phénomènes douloureux peuvent, par l'amputation du col, disparaître sans laisser de traces de cette affection ;

5° L'amputation du col, quand elle ne guérit pas les vieilles endométrites cervicales, diminue les phénomènes douloureux et les sécrétions morbides, et se trouve accompagnée d'une amélioration générale de la santé ;

6° Lorsque l'endométrite cervicale est combinée à d'autres lésions, l'amputation du col semble faire rétrocéder ces dernières ;

Dans les cas d'endométrites du col et du corps, l'amputation combinée au curettage est capable de donner de bons résultats et des guérisons prolongées ;

7° Dans le cas où il y a une vieille endométrite du col avec propagation de douleurs aux culs-de-sac, au corps utérin, quand la sécrétion cervicale semble mélangée à une sécrétion plus ou moins purulente et venant soit de l'endomètre du corps, soit des annexes, l'amputation du col n'empêche pas quelquefois l'évolution de se propager;

8° L'hygiène de la femme qui a subi l'amputation du col doit être plus sévèrement pratiquée que celle d'une femme ayant un col utérin normal et sain : le col, réduit ou presque absent, semble exposer davantage la cavité utérine, ouverte aux infections venant du vagin et de l'extérieur.

BIBLIOGRAPHIE

Bellencontre. — Du traitement de la métrite du col (Paris, 1890).

Chéron. — Trois cas d'amputation du col de l'utérus (Revue méd. et chirurg. des maladies des femmes, 1888).

Chanteloube. — De l'amputation anaplastique du col dans la métrite cervicale rebelle (Paris, 1888).

Chevrier. — De l'amputation sous-vaginale du col (Union médic. du Canada, 1891).

Decbessac. — Modification du procédé de Schrœder (Bull. médic., 1890).

Doléris. — Pathogénie et traitement des affections du col de l'utérus (Archives d'obst. et gynéc. 1890).

Guibert. — Déchirures du col de l'utérus. — Trachélorraphie. — Guérison (Gazette hebd. des sc. méd. de Montpellier, 1890.

Huguenin. — Traitement des ulcérations du col utérin (Concours médical, 1896).

Houzel. — Note sur l'opération d'Emmet (Ann. de gynéc. 1888).

Jacob. — Amputation du col utérin : ses indications (Archives de gynéc., 1895).

Lejars. — Note sur une simplification de l'amputation haute du col utérin (Semaine gynéc., 1896).

Livet. — Nouveau procédé d'évidement du col de l'utérus (Revue de méd. et chir., 1898).

Lambret. — Un nouveau traitement des ulcérations du col (Echo méd. du Nord. Lille, 1899).

Perdrizet. — Des amputations du col de l'utérus et de leurs indications en dehors du cancer (Arch. de gynéc., 1894).

Podobedoff. — Contribution à l'étude des résultats éloignés de l'opération de Schrœder. — Paris, 1895.

PETIT. — De l'amputation sous-vaginale du col, suivant le procédé de Schrœder (Arch. obst. et gynéc. 1891).

PERCHER. — Contribution à l'étude de l'opération de Schrœder. — Indications, technique, opératoire, 1892.

PÉAN. — Allongement hypertrophique de la portion vaginale du col, avec prolapsus de l'utérus : évidement conoïde, guérison (Leçons de clin. chir., 1888).

PICHEVIN. — A propos de l'amputation sous-vaginale du col par le procédé de Schrœder, 1898.

ROJECKI. — Du traitement du catarrhe cervical rebelle et de l'opération de Schrœder, 1888.

TERRILLON. — De l'ectropion du col utérin (Leçons de clin. chir., 1899).

TILLAUX. — De la métrite chronique du col (Progrès médical, 1894).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 9 novembre 1901.
Le Recteur,
A. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 9 novembre 1901.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.